

біопсії були виявлено рак на верхівці поліпа, без ураження ніжки. Діапазон розмірів видалених аденоматозних поліпів варіював від 1,5 см до 6,5 см. Ширина ніжки поліпа складала від 2,5 до 3,5 см. Середнє післяопераційне перебування в стаціонарі було п'ять днів (3–9 днів). Ніяких серйозних ускладнень не відмічали. В одному випадку була діагностована інфекція троакарної рани. У двох з 46 пацієнтів при подальшому ендоскопічному спостереженні через 6–12 місяців було виявлено доброякісні аденоматозні поліпи розмірами 5–12 мм в різних відділах товстої кишки і були видалені колоноскопічно.

Висновки. Поліп, який не може бути видалений ендоскопічно (через його розмір і розташування) можливо успішно видаляти з допомогою лапароскопічної хірургії.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЙОМИОМЫ ТЕЛА ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЁННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Трофимов Н.В., Кузнецов Г.Э., Корпусенко В.Г., Гетман В.В., Чабаненко Г.Н., Задорожный В.В., Балаш К.

ГУ “ДМА МЗ Украины”, кафедра общей хирургии; КЗ “ДКОСМП”, г.Днепр

Введение. В последние 10 лет по данным многих авторов отмечается возрастание числа случаев лейомиомы тела желудка, которое считалось редкостным и спорадическим заболеванием, до 2% случаев заболеваний. В последние годы отмечается снижение и среднего возраста пациентов с лейомиомой желудка с 60 до 42,3 лет.

Цель работы. Из осложнений лейомиомы желудка, следует отметить некроз опухоли с формированием абсцессов, перфорация опухоли и кровотечение. Нами проведено исследование лейомиомы тела желудка, осложненного кровотечением.

Материалы и методы. Вашему вниманию представляем клинический случай. Пациент Л 65 лет обратилась 14.09.2016 г. в хирургическое отделение КЗ “Днепропетровское клиническое объединение скорой медицинской помощи Днепропетровского областного совета” с жалобами общую слабость, головокружение, стул дегтеобразным калом. Болеет в течении 3-х суток. При проведении эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) определяется в субкардиальном отделе по большой кривизне подслизистое образование до 10 см в диаметре с дефектом неправильной формы на верхушке до 1,5 см в диаметре и активными истечением алой крови. Во время исследования, произведена произведен эндоскопический гемостаз путём введения в область

дефекта 20 мл 0,9% р-ра NaCl и 3 мл 5% р-ра терлипрессина ацетата с последующим обработкой дефекта аргно-плазменным коагулятором. Установлен гемостаз. 16.09.2016 у больного рецидив кровотечения. Эндоскопические мероприятия не эффективны. Выработаны показания к проведению оперативного вмешательства. Произведена верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости выпота нет. Петли тонкого кишечника заполнены кровью. При ревизии пальпаторно определяется опухоль желудка до 7см в диаметра, легко смещаемая в просвете желудка, исходящая из задней стенки в верхней трети тела желудка, ближе к большой кривизне. Печень не изменена, видимых метастазов нет. Желчный пузырь не изменен, напряжен, не опорожняется, в просвете конкременты. Лимфоузлы в области большой и малой кривизны не увеличены. Произведена мобилизация желудка по большой и малой кривизне. Учитывая локализацию опухоли произведена субтотальная резекция желудка по Бильрот-II с наложением передиободочного гастро-энтероанастомоза с Брауновским соустьем. В отводящую петлю заведен зонд для энтерального питания. Учитывая наличие конкрементов в желчном пузыре, изменения пузыря (увеличенные размеры) произведена холецистэктомия от шейки с отдельной перевязкой артерии и пузырного протока. Макропрепарат представляет собой опухоль до 7 см в диаметре, исходящую из мышечного слоя с участками некроза и кровотечения. Послеоперационный период протекал гладко и 29.09.2016 пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Выводы: 1.Частота возникновений лейомиомы тела желудка по данным многих авторов составляет до 2,5% случаев. 2.При возникновении кровотечения из лейомиомы показана эндоскопическая остановка кровотечения с последующей активной оперативной тактикой.

ХВОРОБА ФОРЕСТЬЄ ЯК РІДКІСНА ПРИЧИНА ДИСФАГІЇ

Тумак І.М., Іванів І.Ю.

Львівська комунальна міська клінічна лікарня швидкої допомоги, медичний центр «Свроклінік»

Вступ. Спінальний остеофітоз є частим ураженням в людей похилого і старечого віку, але його назагал рідко підозрюють як причину дисфагії. Тим не менше, за даними літератури, у 6–28% осіб з дисфагією її причиною є шийні остеофіти, які зумовлюють не лише компресію глотки, але й порушення рухливості гортані і надгортанника, а у важких випадках – запалення і фіброз стінки стравоходу та спазм, викликаний болем. У важких випадках виникають порушення дихання. Причинами утворення остеофітів є анкілозуючий спондиліт, деформуючий спондиліоз, остеоартрит та інші ураження. Однією з причин утворення остеофітів є хвороба Forestier (інша